

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1938

THÈSE

N°

327

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Francis DÉTRÉ

né le 2 Février 1913

à Paris

***L'AVENIR
DES GROS NOUVEAU-NÉS***

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS

JACQUES HAUMONT

48, rue Boissonade

123



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Francis DÉTRÉ

*né le 2 Février 1913
à Paris*

***L'AVENIR
DES GROS NOUVEAU-NÉS***

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS

JACQUES HAUMONT
48, rue Boissonade

Le Doyen . . . TIEFFENEAU

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHOL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIEFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVAS.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLEC.
	Marcel LABRÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNÉO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMAND.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	CROUZON.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II — Agrégés en exercice

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNAUD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES... Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES . . . Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . . . Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOL . . . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 M^{lle} LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . . Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX . . . Pathologie chirurgicale
 MOLLARET . . . Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . . Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS . Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE . . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . . Pathologie chirurgicale

MM.

LARDENNOIS . . Pathologie chirurgicale
 LE LORIER . . . Obstétrique.
 SCHWARTZ . . . Pathologie chirurgicale
 VAUDESICAL . . Obstétrique.

IV.— Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE . .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VAL- LERY-RADOT . .			
SÉZARY			

MM.	
ÉCALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V.— Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

*en témoignage de ma profonde gratitude
pour la tendresse dont elle m'a entouré.*

A MON PERE,

LE DOCTEUR GEORGES DETRE,

Ancien Interne des Hôpitaux
Electro-Radiologiste des Hôpitaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUVELAIRE,

Membre de l'Académie de Médecine

*qui, après m'avoir accueilli dans son service,
me fait le grand honneur de présider cette
thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

- 1933 : M. le Professeur SERGENT.
1934 : M. le Professeur agrégé DESMAREST.
M. le Professeur agrégé CHARLES RICHET.
1935 : M. le Docteur HUBER.
M. le Professeur agrégé TROISIER.
1936 : M. le Docteur MILIAN.
1938 : M. le Professeur MOCQUOT.

A MES MAITRES DE L'HOPITAL
DE SAINT-DENIS
(1937-38)

I

Pantagruel naquit' « si merveilleusement gros et lourd qu'il ne put venir à lumière sans suffoquer sa mère ». Elle en mourut. Et l'on félicite d'avoir échappé à pareil sort une maman qui a mis au monde un enfant de quatre kilos. Cette prouesse involontaire est-elle d'un heureux présage pour l'enfant ? C'est une question que se sont posée depuis longtemps médecins et accoucheurs.

La plupart des auteurs qui ont écrit sur la question appellent gros nouveau-nés les enfants d'au moins quatre kilos, le poids moyen étant défini entre trois et quatre. Quelques observations où ce poids était largement dépassé ont été rapportées pour la curiosité du fait par de vieux auteurs (Baudelocque, 6 kg. 325; Cazeaux, 9 kg. enfant mort). De tels records de gigan-

tisme foetal sont du domaine de la monstruosité et leur rareté en diminue un peu l'intérêt. Par contre, le nombre des nouveau-nés qui dépassent de peu cinq kilos n'est pas négligeable ; il atteint, dans diverses statistiques de maternités, 1 à 2 pour 1.000. Ces statistiques, dont la plus importante est celle de Desbruères établie à Baudelocque en 1924 sur 11.124 accouchements, indiquent une proportion de gros nouveau-nés qui approche 5 % (1), parmi lesquels plus de la moitié ne dépassaient pas le poids de 4 kg. 250 grammes.

Cette proportion établie, les auteurs qui ont puisé leur documentation dans les maternités ont étudié :

1°) Les diverses conditions physiologiques ou pathologiques qui semblaient avoir influé sur le poids de l'enfant : grossesse prolongée (dont l'hypothèse n'est plus admise aujourd'hui), âge de la mère, multiparité, repos pendant la grossesse, syphilis, diabète, obésité.

La syphilis en particulier a été depuis longtemps incriminée (2). Parmi les gros enfants on trouvait, en effet, une plus grande proportion de « morts et macérés », l'hydramnios, le gros placenta étaient plus fréquents (le gros placenta étant défini celui dont le

(1) Zailer, Thèse de Bâle 1922 : 7,22 %. — Desbruères, Thèse de Paris 1924 : 4,98 %. — Auclair, Thèse de Paris 1929 : 3,92 %.

(2) Dubois, Thèse de Paris, 1897.

poids dépasse notablement le sixième du poids de l'enfant). L'enquête familiale confirmait parfois ce soupçon qu'avait formulé Pinard : « Je me méfie du gros enfant, surtout lorsqu'il s'accompagne d'un gros placenta et d'un excès de liquide. » La pratique de la réaction de Bordet-Wassermann chez les consultantes des maternités, qui s'est aujourd'hui répandue, sinon généralisée, devait conduire à plus de certitude. Mais on sait que cette réaction, si précieuse dans la syphilis acquise (même s'il n'y a pas en biologie de règle sans exception) est souvent infidèle lorsqu'il s'agit d'une syphilis de deuxième génération ou plus ancienne encore.

Aussi, dans la statistique de Baudelocque, dans celle de Boucicaut publiées respectivement en 1924 et en 1929 par Desbruères et par Auclair, les cas où il n'existait que des présomptions de syphilis (notamment un très gros placenta) ont-ils été ajoutés aux cas où elle était certaine. Avec un total de 18 % chez Desbruères, de 30 % chez Auclair, ce dernier n'ayant d'ailleurs affirmé la syphilis que chez une sur vingt des 78 mères de gros nouveau-nés de sa statistique.

L'influence du diabète, plus évidente, est reconnue par tous les auteurs. Quand une diabétique n'accouche pas prématurément vers le septième mois, elle met au monde un gros enfant qui meurt, une fois sur deux, soit pendant le travail, soit quelques heures ou quelques jours après sa naissance. « Le

diabète de la mère est terrible pour l'enfant », disait Dieulafoy.

2°) Les accoucheurs ont naturellement étudié les conséquences que le gros poids de l'enfant pouvait entraîner sur la durée de l'accouchement, ses difficultés et les interventions qu'elles nécessitent, les risques maternels, etc.

La conclusion des enquêtes faites sur ce point est que le travail est plus long et plus pénible pour les mères de gros enfants, avec quelques exceptions puisque Desbruères rapporte des cas d'accouchement accéléré. Plus long chez les primipares surtout, comme il était à présumer, et donnant lieu à intervention (forceps ou autre) deux ou trois fois plus souvent que dans la moyenne des accouchements (9,5 % dans la statistique de Desbruères, 5 % dans celle d'Auclair).

Malgré ces conditions un peu plus défavorables que lorsqu'il s'agit d'enfants de poids moyen, Desbruères n'accuse qu'une mortalité maternelle de 0,5%, Auclair de 0. C'est que l'art obstétrical a fait de sérieux progrès depuis le temps où la pauvre Badebec enfantait Pantagruel.

3°) Sur l'avenir réservé aux gros nouveau-nés, les statistiques des maternités n'apportent que des renseignements écourtés, limités à une semaine ou deux. Trop écourtés même pour juger de la mortalité du bas-âge (1 cas sur 78 dans la statistique d'Auclair), et surtout pour permettre d'affirmer comme le fait

cet auteur (1), que « dans les mois qui suivent, un certain équilibre s'établit entre tous les enfants », sauf état pathologique. « Si bien, dit-il encore, que rien ne peut distinguer ensuite le gros nouveau-né, dans son poids ou sa taille, des enfants de poids moyen. » C'est là une affirmation gratuite à l'égard de laquelle, dès maintenant, nous nous inscrivons en faux.

Tout ce qui ressort de l'étude de 78 gros nouveau-nés observés à la maternité de Boucicaut, c'est qu'ils ont eu, en majorité, une chute de poids plus accentuée que les autres, atteignant parfois 500 grs ; et qu'ils ont mis plus de temps à récupérer leur poids initial. Comme nous le prouverons, cela ne permet pas de préjuger ce que deviendra l'enfant.

Ce dernier point, si important, n'est qu'effleuré par-ci, par-là, et l'opinion que l'on a pu s'en faire est basée sur une impression plutôt que sur des documents suffisants. C'est une documentation modeste par le nombre mais riche par la durée de certaines observations, que nous apportons à notre tour sur l'avenir immédiat et lointain des gros nouveau-nés.

(1) Auclair, *loc. cit.*, p. 84, p. 122.

II

NOTRE DOSSIER

Nos observations proviennent toutes du Dispensaire de la Caisse des Ecoles du VII^e arrondissement, 1, rue Oudinot. Cette œuvre de bienfaisance doit son organisation à M. le D^r Bresset qui l'a dirigée avec un dévouement admirable de 1897 à 1922. Le D^r Georges Détré, qui lui a succédé, la dirige encore aujourd'hui. C'est cette continuité qui nous a permis d'utiliser quelques observations de longue durée. Continuité qui fait du médecin du Dispensaire, pour un certain nombre de consultantes; une sorte de médecin de famille, parfois un conseiller pour de jeunes mères qu'il a soignées quand elles étaient enfants. Au lieu de n'observer que de petits malades occasionnellement, il peut surveiller régulièrement la croissance, établir des fiches de santé et même de véritables dossiers familiaux.

Surveiller la croissance ne consiste pas seulement à examiner, peser et toiser les enfants. Il faut rapporter ces mesures à un terme de comparaison et de préférence à un graphique. Il existe des courbes de croissance auxquelles on se réfère en pareil cas. Buffon le premier donna, dans son « Histoire naturelle de l'homme » les dimensions successives du fils d'un de ses amis. Quételet (1), au milieu du siècle dernier, établit des moyennes sur des groupes de dix individus de chaque âge et de chaque sexe « en les prenant en général, dit-il, d'une forme qu'on pouvait regarder comme régulière ». Sous l'inspiration de Variot, M. Chaumet (2) a pesé et mesuré 4.400 enfants des écoles de Paris, en éliminant, dit-il, les rachitiques et ceux qui étaient atteints de maladies chroniques. Mais ces enfants ont été pesés habillés et les moyennes réunissent des sujets d'âge échelonné entre deux années consécutives. L'imperfection de ces mesures approchées est peut-être corrigée par la loi des grands nombres. Toutefois M. Apert (3) donne la préférence à « des auteurs plus patients qui ont suivi de trimestre en trimestre les mêmes sujets pendant l'évolution de leur croissance ».

M. Bresset a été un de ces auteurs patients, trop modeste il est vrai pour publier le résultat de son travail. L'observation dans son Dispensaire et les men-

(1) Quételet. Anthropométrie. Bruxelles, 1870.

(2) Chaumet, Thèse de Paris, 1906.

(3) Apert, La Croissance, 1921.

surations successives d'un groupe de vingt enfants choisis suivant le principe de Quételet, de santé normale, lui a permis d'établir, pour chaque sexe, une courbe de croissance en poids et en taille de 0 à 20 ans (1). Imprimé sur des feuilles de 24×37 , quadrillées à cinq mm., ce graphique constitue une fiche de santé assez pratique puisqu'on peut y inscrire succinctement, comme sur une feuille de température, les divers épisodes de la vie de l'enfant, en même temps qu'on y trace sa propre courbe de croissance. Un long usage a prouvé que les courbes-types établies par M. Bresset répondaient bien à celles d'un très grand nombre d'enfants qu'on pouvait regarder comme normaux. Et que, pour les autres, les discordances que leur fiche mettait en évidence répondaient bien à la clinique (syndromes hypophysaires ou thyroïdiens, nanisme des prématurés, tuberculose, etc.).

Cette explication était nécessaire puisque nous avons qualifié la croissance des gros nouveau-nés que nous observions en nous reportant à ces courbes-types. Nous regrettons de n'en pouvoir reproduire ici quelques exemples qui frapperaient l'œil bien davantage que des chiffres. Mais plutôt que d'indiquer

(1) Les moyennes obtenues par M. Bresset sont un peu supérieures, mais parallèles à celles de Quételet, nettement supérieures à celles de Variot et Chaumet. Le poids s'entend pour l'enfant nu. La taille a été mesurée en décubitus, ce qui comporte un écart d'un ou deux centimètres avec la taille debout. Les courbes-types comportent aussi celle du périmètre thoracique. Cependant nous n'en parlerons guère pour ne pas alourdir le sujet.

dans nos observations l'écart entre le poids d'un enfant et le poids normal à son âge nous avons, d'après la courbe-type, indiqué « N mois d'avance » ou de retard. Indication qui frappe là aussi bien davantage l'esprit du lecteur.

Nous avons recherché dans les fiches du Dispensaire les enfants dont le gros poids de naissance avait été signalé. Il n'est pas douteux qu'un grand nombre nous ait échappés puisque nous n'en avons réuni que 28 (1). Mais souvent l'accouchement avait eu lieu à domicile, sans que l'enfant ait été pesé. Nous dirons plus loin que, dans la famille même de nos gros nouveau-nés, nous avons rencontré d'autres enfants dont le poids de naissance avait bien des chances d'être élevé aussi, à en juger par le poids de trois semaines. Dans l'incertitude, nous ne pouvions en faire état.

On ne saurait donc tirer argument contre les gros nouveau-nés de la disproportion entre les statistiques des maternités et la nôtre. Toute évaluation de leur mortalité nous est impossible.

Lorsque nous avons entrepris ce travail, certains enfants dont nous rapportons l'observation avaient cessé de fréquenter le Dispensaire, parfois quitté le quartier. Il nous était donc impossible de compléter les lacunes de l'observation. Par contre, dans quelques cas, nous avons pu utiliser de véritables dossiers

(1) 22 garçons et 6 filles. Desbruères et Auclair, dans leurs statistiques, avaient relevé deux garçons pour une fille, approximativement.

familiaux. C'est le cas de l'Obs. I dont le sujet — 34 ans — a été régulièrement suivi jusqu'à 15 ans et plus, de même que ses frères et sœurs, de même que ses propres enfants. Le cas aussi des Obs. II, III, XIV.

Nous avons, suivant l'usage, compté comme gros enfants ceux dont le poids n'était pas inférieur à 4 kgs. Ils se décomposent ainsi :

De 4.000 à 4.250.....	15
De 4.250 à 4.500	9
Plus de 4.500	4

Le plus gros (4.800) était l'enfant d'une diabétique. Avec celui de l'obs. XIV (4.750), ce sont les seuls cas où l'accouchement ait été laborieux : 36 h. de travail pour l'un, forceps pour l'autre. Il est vrai que nous signalons incidemment (Obs. I), que la sœur d'un de nos sujets nous a dit avoir accouché, à Nantes, d'un enfant de 5 kgs avec forceps au détroit supérieur et phlébite extraordinaire. Faute de contrôle, nous n'en avons pas fait état.

III

LA CROISSANCE DES GROS NOUVEAU-NÉS

Ne pouvant publier les courbes de croissance, nous en avons transcrit tous les chiffres utiles dans nos observations, avec l'indication de l'avance ou du retard, par rapport à la courbe normale. Nous commentons ici le résultat de cette croissance à l'âge où s'arrête l'observation.

A) Obs. cessées avant l'âge de trois ans :

XXVII. — G... Jean-Jacques. — A 2 mois $1/2$: 3 mois d'avance.

XV. — R... Etienne. — A 7 mois : 11 mois d'avance.

XIX. — M... André. — A 8 mois : 1 an d'avance.

XXVII. — S... Jean-Pierre. — A 10 mois : 15 mois d'avance. Taille : 6 mois d'avance.

XIX. — P... Marcel. — A 14 mois : 16 mois d'avance.

XXVI. — C... Jean-Claude. — A 20 mois : 9 mois d'avance. Taille normale.

VIII. — G... Pierre. — A 23 mois : un peu de retard.

XXV. — F... Jean-Marcel. — A 2 ans : 9 mois d'avance en poids et taille.

XI. — B... Louis. — A 2 ans : 1 an d'avance. Taille : 6 mois d'avance.

XXII. — M... Gérard. — A 26 mois : 10 mois d'avance. Taille : 2 mois d'avance.

VII. — B... Geneviève. — A 2 ans 1/2 : 2 mois de retard.

XXIV. — H... Roland. — A 2 ans et 9 mois : 6 mois de retard. Taille : 3 mois de retard.

Tous ces enfants avaient été allaités au sein, sauf un mis en nourrice et d'ailleurs atteint de troubles digestifs (XXIV). Ils n'avaient pas eu de maladie grave sauf un (VII, coqueluche puis pneumonie) ce qui peut expliquer son amaigrissement. Nous verrons plus loin que pour VIII, qui à 3 mois n'était déjà plus un gros enfant, et pour XXIV on peut soupçonner une hérédité syphilitique.

Les neuf autres, soit 75 % étaient restés de gros et beaux enfants, remarquablement gros pour XXVIII et pour XIX, dont l'un, issu de parents de taille moyenne, avait un grand-père polonais qui mesurait, nous a-t-on dit, 1 m. 80.

B) Obs. poursuivies de 3 à 15 ans.

XXIII. — B.... Jacqueline. — A 3 ans : 21 mois d'avance. Taille : 9 mois d'avance.

XXI. — D... Jean-Claude. — A 3 ans : poids normal. Taille : 5 mois de retard.

XX. — R... Monique. — A 3 ans 4 mois : 21 mois d'avance. Taille : 9 mois d'avance.

XIII. — B... Jacques. — A 3 ans 10 mois : 1 an d'avance. Taille : 8 mois d'avance.

XVIII. — F... Nicole. — A 4 ans : 2 ans d'avance. Taille : 1 an 1/2 d'avance.

XVII. — S... Louis. — A 4 ans : normal en poids et taille.

XVI. — S... Jean. — A 4 ans 1/2. — Poids? Taille : normale.

VI. — B... Jean. — A 5 ans 1/2 : 9 mois d'avance.

X. — B... Jean. — A 6 ans : 14 mois d'avance. Taille : 8 mois d'avance.

XII. — B... Pierre. — A 6 ans 1/2 : 14 mois d'avance. Taille : 8 mois d'avance.

IX. — G... Monique. — A 7 ans 1/2 : 1 an 1/2 d'avance. Taille : 1 an d'avance.

V. — A... Christiane. — A 11 ans 1/2 : poids normal. Taille : 7 mois d'avance.

II. — T... Charles. — A 14 ans : normal en poids et taille.

IV. — B... Michel. — A 14 ans : 2 ans d'avance. Taille d'adulte.

III. — T... François. — A 15 ans : 1 an d'avance. Taille d'adulte.

I. — B... Maurice. — A 15 ans : 8 mois d'avance. Taille d'adulte.

Ainsi dans ce groupe de grands enfants 5 étaient devenus des enfants moyens. L'un (XVII) dès six mois, un autre (II) à 18 mois; un troisième (XXI) entre un an et 18 mois, débilité il est vrai par une coqueluche; un quatrième (V) à 2 ans 1/2; un cinquième (XVI) entre 3 et 4 ans. Deux d'entre eux

avaient, nous le verrons plus loin, une hérédité pathologique (XVII et II).

Mais 11 étaient restés gros et grands et 9 avaient un an ou deux d'avance (56 %). 3 avaient atteint à 14 ou 15 ans une taille d'adulte.

Parmi ces beaux sujets nous comptons l'enfant d'une diabétique (IX), celui d'une syphilitique (II), aussi bien que des enfants de famille de grande taille. En effet nous avons pu relever dans l'ascendance de XXIII un père de 72 kgs et 1 m. 72, un oncle maternel de 1 m. 79. Dans la famille de XX un grand-père maternel de 1 m. 78 et un père de 1 m. 75. Dans celle de X un père de 1 m. 76, garde républicain. Dans celle de XII un père de 1 m. 74, assez mince il est vrai. Dans celle de XXV un père de 1 m. 72. Dans celle de IV un père de 1 m. 76.

A ces six observations opposons-en immédiatement cinq autres où père et mère étaient de taille moyenne, où aucun ascendant n'était signalé comme géant (I, III, V, IX, XVIII).

Une conclusion se dégage de l'observation plus ou moins prolongée de ces gros nouveau-nés (d'un groupe comme de l'autre) : ils restent en forte majorité de gros enfants, de gros et grands adolescents. Dans quelques cas une influence familiale paraît en cause. On ne peut être mieux fixé à cet égard que par la comparaison avec la croissance des collatéraux.

IV

CROISSANCE COMPAREE DES COLLATERAUX DE GROS NOUVEAU-NES

S'il nous avait été donné de connaître tous les poids de naissance, il est probable que nous aurions ajouté à la liste des gros nouveau-nés quelques-uns de leurs frères et sœurs. Dans 3 familles seulement nous avons trouvé deux gros nouveau-nés (II et III, VI et VII, XII et XIII). Dans les autres,

Ou bien le poids de naissance des collatéraux nous échappait;

ou bien nous avons vérifié qu'il était moyen ou faible;

ou bien nous étions presque sûrs qu'il était aussi élevé que pour le sujet de notre observation, puisque nous avons trouvé à ces enfants un très gros

poids à l'âge d'un mois ou deux (Colette B., sœur de I, 4840 gr. à 27 jours; Jacqueline D., sœur de XXI, 5900 gr. à 2 mois).

Nous examinerons successivement ces différents cas.

A. Concordance entre les poids de naissance.

Obs. II et III. Deux sujets grands et gros à 14 et 15 ans, le cadet un peu plus que l'autre. Nous les retrouverons plus loin.

Obs. X et XI. Deux forts sujets, marchant sur les traces de leur père.

Obs. XII et XIII. Un an d'avance environ pour les deux à 6 ans $1/2$ et à 3 ans $1/2$ respectivement. Avec une avance égale aussi en taille, mais plus modérée alors que le père était un grand mince.

Obs. XXI. A un an le gros nouveau-né a la même avance légère que sa sœur, dont nous ne pouvons que soupçonner le gros poids de naissance. A 3 ans, la sœur l'emporte un peu. Les deux enfants sont plus gros que grands. La mère est presque obèse (75 kgs à 27 ans) et le père de taille moyenne est un normand de 91 kilos.

Nous commenterons plus loin l'obs. I, qui comporte des concordances et des discordances.

B) Discordance entre les poids de naissance.

Obs. XVII. Un seul gros nouveau-né avec un aîné de 3050 gr., une sœur puînée de 3850 gr. et un

frère puîné de 3360 gr. Dès six mois ,les deux aînés s'écartent peu de la normale. La sœur est toujours un peu supérieure. Le dernier né est trop jeune pour qu'on en parle. Le père (jumeau) est de petite taille ainsi que toute sa famille. La mère est de taille moyenne.

Obs. XVI. Un gros nouveau-né (4040). Un frère aîné de 2920 gr. (jumeau dont la jumelle est décédée le premier jour). Dans la petite enfance, le gros nouveau-né garde un léger avantage. Il semble devenir banal à 4 ans 1/2, tandis que son frère, presque débile à la naissance, est devenu, à 10 ans, un solide garçon avec 2 ans 1/2 d'avance pour le poids, 15 mois pour la taille. Discordance et discordance capricieuse.

Obs. IV. Un seul gros nouveau-né, Michel (4450 gr.). Une sœur aînée, Marie-Thérèse, qui, à la naissance, pesait 3250 gr., s'il faut en croire la mère. Un frère aîné, Stéphane qui, à 24 jours, pesait 3270 gr. Une autre sœur aînée, Bernadette, qui, à 18 jours, pesait 3050 gr. Père de haute taille ainsi que la grand-mère. Mère petite. Ces quatre enfants dépassent de beaucoup la moyenne. A deux ans, Michel et Marie-Thérèse ont plus que le poids de quatre ans. L'avance des deux autres n'est que de quelques mois. Il en est de même à huit ans. Pour la taille, Michel a 2 ans 1/2 d'avance, Stéphane 2 ans, Bernadette 20 mois. A quatorze ans et demi Michel a

encore 2 ans d'avance en poids mais Marie-Thérèse, qui vient seulement d'être pubère, a 4 ans d'avance. Bernadette, d'apparence plus fluette, n'a que 7 mois d'avance. Et à ce même âge Michel a déjà la taille d'un adulte, 1 m. 72. Bernadette a 2 ans 1/2 d'avance pour la taille.

Ce quasi-gigantisme pourrait inquiéter. Pourtant si l'avenir de Michel, le gros nouveau-né, n'est pas encore fixé, sa sœur aînée Marie-Thérèse est devenue, à 30 ans, une femme sensiblement normale, qui a mis au monde, à 28 ans, un enfant de poids normal mais de croissance précoce aussi (à dix-huit mois, avance d'un an en poids, de 7 mois en taille). Son autre sœur Bernadette est, à 19 ans, une grande jeune fille de 1 m. 71, qui ne pèse que 52 kilos.

Obs. XXII. Un gros nouveau-né (4750 gr.). Une sœur aînée qui pesait 3800 gr. à un mois. A 2 ans celle-ci a 6 mois d'avance, le gros nouveau-né en a 10 et sa taille est aussi un peu supérieure.

C) *Pas de comparaison possible des poids de naissance.*

Obs. II et III. Deux gros nouveau-nés que nous avons déjà comparés entre eux. Un frère aîné qui n'a été vu qu'à 2 ans avec un poids légèrement supérieur à la moyenne. Père (1 m. 68) et mère sont de taille moyenne. Un grand-père avait 1 m. 72. A tout âge ce frère aîné l'emporte sur ses cadets en poids et en

taille. A onze ans il a une avance de 2 ans 1/2 sur la moyenne, tandis que ses frères sont l'un en retard, l'autre de 5 mois en avance pour la taille, de 23 mois pour le poids. A 15 ans 1/2 il a le poids et la taille d'un adulte. A 18 ans c'est un géant de 1 m. 785 et de 73 kgs. Des deux gros nouveau-nés l'un semble marcher sur ses traces, l'autre est resté banal. Nous retrouverons ces trois sujets au chapitre suivant.

Obs. V. — Un gros nouveau-né (4050). Un frère aîné qui, vers ses quinze ans, était en avance de 2 ans 1/2 pour la taille et le périmètre thoracique. Sa sœur, sujet de notre observation, n'a pas atteint cet âge, mais jusqu'à 11 ans 1/2 elle a oscillé autour de la moyenne, avec quelques mois d'avance tout au plus.

Obs. X et XI. Deux gros nouveau-nés déjà comparés entre eux. Une sœur aînée qui n'a été vue qu'à 19 mois, avec une avance en poids de 8 mois, exactement semblable à celle des deux gros nouveau-nés. A partir de 2 ans elle prend le pas sur eux. Tandis que leur avance ne sera que d'un an au plus, la sienne, à 7 ans 1/2, dépassera largement deux ans pour la taille comme pour le poids.

Obs. XII et XIII. Deux gros nouveau-nés déjà comparés entre eux. Une sœur aînée (de 3750 gr.) vue à 6 mois seulement. Ces trois enfants sont grands et forts. Jusqu'à 3 ans leur avance a été un peu inférieure à un an en taille et poids. A 6 ans il n'y a plus

de différence entre la fille et son frère qui pesait un kilo de plus qu'elle à la naissance. L'avance s'accroît notablement à 8 ans pour la fille, sans qu'on puisse savoir ce que seront ses frères à cet âge.

Obs. VIII. Un gros nouveau né (4000). Une sœur et un frère aînés, poids de naissance inconnus, vus l'un à 13 mois, l'autre à 9 ans. Les deux frères s'écartent peu de la moyenne. La sœur, dont l'avance était à 9 ans de un an et demi, a près de trois ans d'avance à 12 ans. Mais ses frères n'ont pas été observés à cet âge.

Obs. I. Père et mère de taille normale. 4 enfants dont un gros nouveau-né (4200). Maurice, et une fille, Colette, qui pesait probablement davantage (4840 gr. à 27 jours). Les deux autres, René et Jeanne, de poids de naissance inconnu. A un an, le poids de ces 4 enfants est également banal. Il en est de même à 11 ans, sauf pour Colette qui a une légère avance de 7 mois pour le poids, de 14 mois pour la taille, avance qui s'est un peu accentuée ensuite. Le gros nouveau-né a pris de l'avance à la puberté. A 15 ans sa taille était celle de 16 ans 1/2. Il mesure aujourd'hui 1 m. 73. Les trois autres sont des adultes normaux de taille moyenne.

Nous avons pu observer plus ou moins la descendance de ces jeunes gens. Maurice, le gros nouveau-né, a deux enfants dont l'un pesait 2900 à la naissance. Leur croissance est banale. René a une fille dont la

taille, à 11 ans, comporte un an d'avance pour un poids normal. Jeanne a deux enfants dont le poids était, entre 2 et 4 ans, légèrement supérieur à la moyenne. Colette, autre gros enfant, a accouché laborieusement d'un garçon de 5 kgs (3) et le poids de cet enfant, à 3 ans, comportait une avance de six mois. Un enfant dont on peut seulement dire qu'il tient son gros poids de naissance de sa mère et de « l'oncle Maurice ».

En somme, il apparaît de cette étude familiale qu'un gros nouveau-né est souvent l'indice que les autres enfants, quel que soit leur poids de naissance, seront grands et forts comme lui. Mais pour une minorité ce gros poids de naissance n'a pas grande signification quant à la croissance des uns et des autres. Enfin dans quelques cas il y a discordance et cette discordance n'est pas toujours à l'avantage du gros nouveau-né.

Quand nous aurons remarqué que de nos 28 observations 6 concernent des enfants de gardes républicains, il nous sera difficile de ne pas souscrire à l'opinion commune que ce caractère familial tient à une souche robuste. Lorsque le caractère familial est en défaut et que le gros poids de naissance n'a été qu'un accident, on a la ressource de voir en lui un désordre lié à quelque état pathologique. C'est ce que montrera le chapitre suivant.

Mais les choses ne sont peut-être pas aussi simples et nous devons remarquer aussi que certains de

nos gros nouveau-nés, de même que leurs collatéraux, sont devenus des adultes ordinaires après avoir eu une croissance précoce. (Si petit que soit le nombre de nos observations de longue durée) ce caractère de précocité nous paraît être leur dominante.

V

ANOMALIES ET TROUBLES OBSERVÉS

Laissant de côté diverses petites maladies chez les enfants que nous observions, nous n'avons retenu que certaines particularités qui pouvaient avoir un rapport avec leur poids de naissance.

Obs. IV. Chez B. Michel on a constaté dès les premiers jours une tache mongolique nette avec pilosité de la région sacrée. Cette tache était en voie d'effacement dès quatre ans et n'est plus guère visible aujourd'hui. Le jeune garçon est brun et se pigmente intensément pendant ses vacances. La famille est d'origine nivernaise 100 %.

Obs. XXVIII. Nous avons remarqué que chez ce gros nourrisson, qui à 10 mois avait le poids de 25 et la taille de 16, la fontanelle était déjà presque com-

plètement fermée; tandis que cet enfant, précoce à certains égards, n'avait pas encore de dent.

Nous avons été bien plus frappés de constater chez cinq de nos gros nouveau-nés, une *éruption dentaire précoce*.

Obs. XVI. 1^{re} dent à 4 mois.

Obs. XVIII. 2 dents à 4 mois 1/2.

Obs. V. 1^{re} dent à 4 mois 1/2.

Obs. XVII. 2 dents à 5 mois 1/2. Cet enfant avait à peine le poids normal et n'était précoce qu'à cet égard. Il avait 10 dents à un an. Son frère (poids de naissance 3050) avait aussi 2 dents à 5 mois.

Obs. VI 2 dents à 5 mois 1/2 chez l'un des gros nouveau-nés, tandis que la sœur, de gros poids aussi, n'avait sa première dent qu'à 7 mois 1/2.

En éliminant les obs. XXIV et XXVII, dans lesquelles les renseignements sur la dentition manquent, c'est dans près de 20 % des cas que nous avons constaté cette éruption dentaire précoce. Elle est, avant six mois, bien trop exceptionnelle pour qu'on la croit ici fortuite. Il s'agit bien d'une précocité spéciale aux gros nouveau-nés (et à leurs collatéraux peut-être) et c'est un fait que nous n'avons vu signalé nulle part.

Troubles endocriniens chez les gros nouveau-nés.

Obs. X. Tétanie. Petites crises faciales à 15 jours, guéries par R. ultra-violets.

Obs. III. Syndrome adiposo-génital à 12 ans, disparu à 15, qui a donné lieu à traitements thyroïdien et spécifique. Nous verrons que ce syndrome a aussi été observé, plus caractérisé, chez un frère.

Obs. IV. Cet enfant, dont nous avons signalé la croissance si rapide et la tache mongolique, était remarquable, au cours de sa petite enfance, par son aspect de « Bébé Cadum ». On lui a prescrit à ce moment de l'extrait thyroïdien. Cependant son goût pour la musique s'est éveillé très tôt, son intelligence aussi. Il a passé son certificat d'études avant l'âge réglementaire. A 12 ans acromégalie légère de la puberté (chausse 41). A 14 ans 1/2 taille d'adulte grand (1 m. 72), périmètre thoracique idem (0 m. 82).

Troubles endocriniens chez les collatéraux.

Obs. II et III. Un frère aîné dont le poids de naissance nous est inconnu, était assez chétif. On a soupçonné chez lui l'existence d'un gros thymus et il est décédé subitement à 4 ans 1/2.

Un autre frère qui, dès 15 ans 1/2, avait poids et taille d'adulte, a présenté, à 13 ans, un syndrome adiposo-génital avec seins presque féminins (traitement thyroïdien). A 14 ans il est entré dans l'épilepsie classique. A 17 ans il a fait quelques bêtises qui l'ont conduit dans le service du Dr Heuyer. Autre manifestation d'un psychisme anormal, il s'est, malgré son infirmité, engagé dans la Coloniale pour

être réformé au bout de trois mois. Il est actuellement sacristain et n'a pas d'autre occupation. C'est un géant de 1 m. 785. La radiographie de la selle turcique, à 14 ans, était normale.

Obs. IV. Une sœur aînée (poids de naissance inférieur à 3 kgs) était à 9 ans légèrement basedowienne avec poulx à 128, troubles neuro-psychiques, crises de larmes, mélancolie, tics. Le tout a disparu l'année suivante. Une autre sœur a de la dysmenorrhée.

Obs. VIII. Un frère aîné a eu, à 13 mois, des crises de tétanie, guéries par R. ultra-violets. Une sœur aînée, réglée précocement à 12 ans, est migraineuse.

Troubles endocriniens chez la mère.

Obs. IX. La mère est diabétique depuis l'âge de 16 ans. Elle a eu jusqu'à 125 gr. de sucre, de l'acétone et a été hospitalisée dans le service de M. le Professeur Marcel Labbé. Grâce au traitement à l'insuline, elle a pu mener à terme sa grossesse et son état actuel est satisfaisant. L'enfant a été, jusqu'à 7 mois, une vomisseuse habituelle, alors surveillée à la consultation de l'hôpital des Enfants-Malades. Elle reste sujette à l'urticaire et au strophulus.

VI

HEREDO-SYPHILIS ET GROS NOUVEAU-NES

Depuis l'époque où le Dr Georges Détré étudiait avec le même matériel que nous, au même Dispensaire, l'*Avenir des prématurés et ses rapports avec la syphilis héréditaire* (1) le domaine de l'hérédo-syphilis (pomme de discorde, disait déjà Fournier en 1889) s'est élargi. Ses limites sont mouvantes. Certains auteurs lui annexent tant d'états morbides que les réactions sérologiques, trop souvent négatives, ont perdu leur valeur de critère. L'usage ne s'en est pas perpétué au Dispensaire. Alors que le B.W. ou le Hecht avaient permis « non pas d'établir la fréquence des accouchements prématurés liés à la syphilis mais la part de la syphilis dans les dégénérescences des prématurés » (2), nous n'y avons pas recouru pour éta-

(1) Georges Détré, Thèse de Paris, 1912.

(2) *Loc. cit.*, p. 39.

blir la fréquence des gros poids de naissance liés à la syphilis. De toute façon notre statistique eut été trop faible pour être concluante.

Nous tenons la syphilis pour certaine dans deux de nos observations (7 %).

Obs. XXII. Le B.W. du père a été +, celui de la mère 0. Elle a cependant reçu, pendant sa grossesse, un traitement de Bivatol, Quinby et Arsenobenzol. L'enfant est né pesant 4750, un des plus gros. Il est, depuis l'âge de 3 mois 1/2, atteint d'un eczéma rebelle vainement traité à Nancy par le sulfarsenobenzol. A 26 mois, cet eczéma persistait avec tendance à l'ichtyose.

Obs. III. La mère a été contaminée 2 ans 1/2 auparavant, peu après un précédent accouchement. Les accidents secondaires ont été vus à l'hôpital Broca. Le B.W. était ++. Cinq séries de novarsenobenzol à cet hôpital puis à Baudelocque ont négativé le B.W. L'enfant, qui pesait 4250, avec un placenta de 680 (1/6,2) a reçu 0.005 de sulfar le 3^e jour. Il s'est facilement élevé. Malgré une hernie inguinale qu'on a dû opérer, un genu valgum, un syndrome adiposo-génital temporaire, il est devenu un adulte grand et bien portant. Nous reparlerons de lui au chapitre suivant.

Mais on ne saurait s'en tenir là. Un ensemble de présomptions peut encore permettre de soupçonner la syphilis dans cinq autres de nos observations (soit

au total 25 %). Ces présomptions sont assez légères, il faut l'avouer, pour qu'on les retrouve en forte proportion chez des enfants pris au hasard. Les retrouverait-on une fois sur quatre? C'est discutable.

Obs. VIII. La mère a reçu à Grenoble, pendant sa grossesse, 20 injections de novarsenobenzol; mais les renseignements font défaut sur le motif de ce traitement. L'enfant est né pesant 4000 avec un placenta de 480 (1/8).

Obs. XXIV. Mère de 6 enfants, dont le deuxième et le troisième sont morts de convulsions à 15 jours et à 3 mois 1/2. Les autres vivants, de santé et de croissance moyennes. Traitement par BivatoI pendant la dernière grossesse à cause de cette mortalité. L'enfant est né pesant 4120 avec un placenta de 1/5,9. Il a eu de l'eczéma pendant un an, mais son alimentation en nourrice n'y était peut-être pas étrangère.

Obs. XVII. Le B.W. de la mère est négatif. Le père (jumeau) a été observé au Dispensaire depuis sa petite enfance. Il ne parlait pas à 3 ans et était rachitique. Un B.W. a été négatif à cet âge aussi bien que pour l'autre jumeau (1). L'enfant est né pesant 4080 avec un placenta de 1/5,2. A cause de ce rapport et aussi d'un pemphigus abdominal, on lui a fait 4 injections due cuffar à Baudelocque et 10 de muthanol au Dispensaire. A partir de six mois et jusqu'à trois

(1) Georges Détré, *loc. cit.*, p. 123.

ans, cet enfant a souffert d'un eczéma généralisé très prurigineux.

Obs. XVI. La mère aurait eu dans ses premières années des crises convulsives. Elle a accouché une première fois de jumeaux dont l'un est décédé le premier jour, l'autre présentait, à 6 mois, du craniotabes. L'enfant est né pesant 4040 avec un placenta de 1/5,7.

Obs. XXVII. La mère, suivie au Dispensaire depuis sa petite enfance, a des antécédents tuberculeux (Preventorium). Son B.W. avait été fait à l'âge d'un an et négatif. Elle accouche, à 21 ans, d'un enfant pesant 4030 avec placenta de 1/5,3. Ce gros enfant présente, à 2 mois 1/2, une hydrocèle double. Il n'est pas revu, peut-être à cause du traitement institué.

Par suite d'une coïncidence peut-être, il se trouve que ces gros nouveau-nés chez qui nous avons eu des raisons de soupçonner la syphilis ne sont pas restés de gros enfants. Ils sont de poids moyen ou inférieur, eux et leurs collatéraux. Leur prospérité éphémère contraste aussi avec le poids de naissance banal de ces collatéraux. Toutefois les deux hérédosyphilitiques certains échappent à cette remarque puisqu'ils sont restés gros.

Et il faudrait plus d'observations que nous n'en avons pour opposer le gros nouveau-né sain de souche robuste au nouveau-né syphilitique accidentellement gros.

VII

LE GROS NOUVEAU-NÉ DANS SON CADRE FAMILIAL

Lorsqu'on discute quelques observations familiales prolongées, la distinction schématique que nous envisagions au chapitre précédent (gros nouveau-nés physiologiques et pathologiques) semble mal répondre à la complexité des faits.

Obs. I. Pas d'ascendant de grande race signalé. Pas de tare ni de syphilis connues. Pas de mortalité infantile qui en éveille le soupçon. Quatre enfants inégalement gros à la naissance, de poids égal à un an. Parmi les trois aînés devenus adultes, il serait difficile de distinguer le gros nouveau-né, encore qu'il ait quelques centimètres de plus. Mais la quatrième, qui semble avoir eu aussi un gros poids, a été précoce, plus que les autres. Elle est légèrement strabique, mi-graineuse, et elle a accouché d'un très gros enfant. Anomalie et qui n'est pas d'un excellent présage pour sa descendance.

Obs. XVII. Une grand-mère dont la taille plutôt rabougrie, le nez en lorgnette, évoquent le soupçon d'une hérédité spécifique, soupçon bien vague il faut le dire. Son premier né est mort à un an, de convulsions, mais le père a été tuberculeux et la méningite est une explication plausible. Elle a ensuite une fille normale, Juliette, puis deux jumeaux, tous deux un peu arriérés. L'un d'eux a quatre enfants et parmi eux un seul est gros à la naissance; sans conserver longtemps cet avantage. Quant à Juliette elle a aussi, lors de sa deuxième grossesse, des jumeaux. Ce n'est pas plus un signe de fécondité que le gros poids épisodique n'a été un signe de robustesse dans cette famille quelque peu dégénérée.

Obs. IV. Un père de race grande a quatre enfants (l'un est décédé accidentellement) dont un géant, gros bébé, gros enfant, homme à quinze ans. Cet enfant est d'intelligence précoce, mais la précocité n'est-elle pas une anomalie? Si les autres enfants, forts également, sont devenus des adultes qu'on ne remarque pas, les troubles endocriniens ne manquent pas non plus dans leur histoire. Donc la race n'est pas tout; il y a un trouble dont l'étiologie échappe.

Obs. II et III. Le grand-père était de bonne taille. Le père est moyen. La mère a contracté la syphilis après avoir eu trois enfants. Elle a été traitée activement et son dernier né n'a pas eu d'accidents spécifiques; il était cependant gros. Des quatre enfants le

plus normal, bien qu'il soit né pesant 4 kgs, est le troisième. Les trois autres ont eu des troubles endocriniens. L'aîné est mort subitement, peut-être d'hypertrophie thymique. Le second est un géant et un épileptique. Dira-t-on que le quatrième, qui est né pesant 4250, qui a présenté un syndrome adiposogénital, tient ses anomalies de la syphilis maternelle récente? La tare est bien plus lointaine. Quelle est-elle?

La syphilis n'est sans doute pas l'origine de toutes les dégénérescences, de toutes les anomalies. D'autres facteurs qui ne sont peut-être pas pathologiques, certains croisements par exemple, peuvent amener des troubles endocriniens, désordonner les caractères de l'espèce. Or la naissance d'un gros enfant est une anomalie, souvent parmi d'autres désordres. Tout ce qui s'écarte du type normal, fut-ce par la précocité, est peu favorable. C'est en ce sens que Pinard avait raison de dire : « Je me méfie des gros enfants. »

OBSERVATION I

B... Maurice (5345 B) (1), né le 21 juin 1904 (Tarnier).
 4.200 gr. Père de taille moyenne. Mère *idem*. Frère et sœurs,
 voir à la suite.

A 1 an : 9 k. 880 (3 mois d'avance).

A 6 ans : 18.450 (4 mois de retard). Taille : 1 m. 13 (*id.*)

A 11 ans : 29.750 (normal). Taille : 1 m. 386 (*idem*).

A 15 ans : 53 k. (8 mois d'avance). Taille : 1 m. 676
 (1 an 1/2 d'avance).

A 17 ans : 60.800. Taille : 1 m. 722.

Père de

B... Daniel, né en 1929	B... Jacques
poids p	Né en sept. 35 (2.900 gr.)
A 11 mois : 8.570 (banal).	A 8 mois : 8.400 (2 mois
A 8 ans : 23.500 (4 mois	d'avance).
d'avance).	

(1) Les numéros matricule correspondent à ceux des
 fiches du Dispensaire de la Caisse des Écoles du VII^e arron-
 dissement, 1, rue Oudinot.

OBSERVATION I bis (Témoins)

... René, 6 janv. 1903	B... Jeanne, 21 fév. 06	B... Colette, 30 mai 09
Poids de naiss. inconnu	Poids? (Tarnier).	Poids? (Tarnier)
35 jours : 4.470.		A 27 jours : 4.840.
1 an : 9.100 (banal).	A 1 an : 9.170 (banal).	A 1 an : 8.760 (banal).
	A 5 ans : 16.200 (4 mois retard).	
	Taille : 1 m. 038 (<i>id.</i>).	
6 ans : 18.120 (6 mois retard).		A 6 ans : 18.950 (4 mois d'avance).
Taille: 1 m. 088 (9 mois retard).		Taille: 1 m. 148 (9 mois d'avance).
11 ans : 29.600 (normal).	A 11 ans : 28.900 (normal).	A 11 ans: 30.250 (7 mois d'avance).
Taille : 1 m. 35 (3 mois retard).	Taille : 1 m. 38 (6 mois d'avance).	Taille: 1 m. 418 (1 an d'avance).
		A 12 ans : 34.800 (1 an d'avance).
	A 15 ans : 45 k. (normal).	A 15 ans : taille: 1 ^m 473 (15 mois d'avance).
	Taille : 1 m. 575 (<i>id.</i>).	Réglée à 13 ans 1/2.
	Réglée à 14 ans 3 mois.	Migraines, léger strabisme.
17 ans : 58 k.		
Taille : 1 m. 70.		
Père de	Mère de	Mère de
... Simone, mars 1927	Geneviève et P... Yves	H... Christian, 26 déc.
Poids de naiss. inconnu	octobre 1932 juin 1934	1932.
	(poids?) (<i>idem</i>)	Poids : 5 k. ? Forceps-
2 ans : 10 . (6 mois retard).	A 2 ans	au détroit supérieur (Nantes);
	1/2 : 13.500	A 3 ans : 15 k. (6 mois d'avance).
	(3 mois d'avance).	Aurait eu à 2 ans 1/2 une crise de vomissements acétonémiques pendant 2 jours.
	A 4 ans :	
	16.400 (6 mois d'avance).	
	Taille : 1 m.	
	(3 mois de retard).	
11 ans : 28.500 (normal).		
Taille : 1 m. 405 (1 an d'avance).		

OBSERVATION II

T... Charles (318 C.), né le 28 juillet 1920 (Baudelocque).
3.000 gr. Placenta 700 gr.

Père : 1 m. 68. Grand-père : 1 m. 72.

Mère : taille moyenne. Voir observation suivante.

Frère aîné né en 1913 (poids inconnu), assez chétif. Gros
thymus soupçonné. Décédé subitement à 4 ans 1/2.

Deux autres frères dont les observations suivent.

A 3 semaines : 4.240.

A 6 mois : 8.520 (4 mois d'avance). Allaitement au sein.
1^{re} dent à 7 mois.

A 18 mois : 10.350 (normal). Mis en pouponnière à dix
mois. Troubles digestifs.

A 2 ans : 11.850 (normal). Rachitisme. Etat strumeux
après rougeole.

A 3 ans : 13.100 (6 mois retard).

A 4 ans : 15.300 (4 mois retard).

A 5 ans : 16.100 (11 mois retard).

A 6 ans : 18.700 (3 mois retard).

A 8 ans : 24.350 (15 mois retard). Troubles digestifs.
Appendicectomie.

A 9 ans : 25.500 (9 mois retard). Taille : 1 m. 27 (3 mois
retard).

A 10 ans : 29 k. (9 mois retard). Taille : 1 m. 325 (2 mois
retard).

A 12 ans : 34.800 (6 mois retard). Taille : 1 m. 422 (nor-
male).

A 14 ans : 44.700 (2 mois retard). Taille : 1 m. 555 (2 mois
retard).

A 14 ans 10 mois : 52 k. (6 mois retard).

OBSERVATION III

T... François (3.031), né le 4 janvier 1923 (Baudelocque).
4.250 gr. Placenta 680.

Frère du précédent et du suivant.

Mère : contamination syphilitique en 1920. Roséole vue à l'hôpital Broca en octobre. B.W. positif. 4 séries de Novar et 1 d'Arqueritol à cet hôpital. Hecht négatif en février et novembre 1921. 1 série de Novar à Baudelocque en novembre 1922. B.W. négatif.

L'enfant a reçu 0 gr. 005 de sulfarsénobenzol le 3^e jour.

A 3 semaines : 4.770.

A 6 mois : 8.020 (3 mois d'avance). 1^{re} dent à 6 mois 1/2.

A 1 an : 10.300 (6 mois d'avance).

A 18 mois : 10.300 (normal). Hernie inguinale opérée à 16 mois.

A 2 ans : 11.100 (3 mois de retard).

A 3 ans : 13.100 (6 mois retard).

A 5 ans : 17.300 (2 mois retard).

A 7 ans 1/2 : 22.150 (3 mois d'avance). Taille : 1 m. 193 (normale).

A 9 ans 1/2 : 29.000 (21 mois d'avance). Taille : 1 m. 31 (3 mois d'avance).

A 11 ans 1/2 : 37.300 (20 mois d'avance). Taille : 1 m. 436 (8 mois d'avance).

A 12 ans 3 mois : 46 k. (27 mois d'avance). Taille : 1 m. 484 (8 mois d'avance). Périmètre thoracique : 0.765 (2 ans d'avance). Syndrome adiposo-génital. Trait. thyroïde-acétylarsan.

A 13 ans 1/2 : 51.100 (22 mois d'avance). Taille : 1 m. 574 (9 mois d'avance).

A 15 ans : 55.250 (10 mois d'avance). Taille : 1 m. 695 (adulte). Organes sexuels normaux. Pubis pileux.

OBSERVATIONS II ET III bis (Témoin)

T... Robert (9040), né le 14 février 1917. Poids inconnu.

A 2 ans : 12.200 (2 mois d'avance).

A 3 ans : 14 k. (normal). Rachitisme.

A 4 ans : 15.650 (4 mois d'avance).

A 5 ans : 18.100 (6 mois d'avance). Taille : 1 m. 07 (4 mois d'avance).

A 6 ans : 21.400 (16 mois d'avance). Taille : 1 m. 135 (normale).

A 8 ans : 26.700 (21 mois d'avance). Taille : 1 m. 275 (1 an d'avance).

A 11 ans : 40.500 (2 ans 1/2 d'avance). Taille : 1 m. 472 (2 ans 1/2 d'avance).

A 12 ans : affection fébrile, rhumatisme?) avec torticolis, arthralgie de la hanche, douleurs lombaires et hématurie. Après guérison, céphalalgies avec urines normales. Nouvelle hématurie avec fièvre.

A 13 ans : 43.800 (1 an d'avance). Taille : 1 m. 552 (1 an d'avance). Syndrome adiposo-génital léger. Aucun signe de puberté. Traitement thyroïdien.

A 14 ans : 50.700 (2 ans d'avance). Taille : 1 m. 63 (1 an d'avance).

Le diagnostic d'insuffisance mitrale est confirmé par M. Laubry. La 2^e injection intramusculaire de salicylate (à l'hôpital Broussais) est suivie d'une crise épileptiforme sans écume ni énurésie. Les mois suivants 3 nouvelles crises nettement épileptiques.

Le pubis est pileux, les organes génitaux normaux, les seins sont très développés, presque féminins. La selle turcique est normale à la radiographie.

A 15 ans 1/2 : 63.200 (adulte). Taille : 1 m. 765. Gigantisme.

A 17 ans : quelques fautes, des idées délirantes (?) conduisent ce garçon à la consultation de psychiatrie de Vaugirard. Ponction lombaire négative. Les crises épileptiques persistent.

A 18 ans 3 mois : 73 k. Taille : 1 m. 785.

OBSERVATION IV

B... Michel (3.206), né le 1^{er} juillet 1923 (Cognac),
4.450 gr.

Père : 1 m. 76. Grand'mère également grande.

Mère : petite. A eu 1 avortement puis 4 enfants dont les
observations suivent.

A 19 jours : 4.050. Tache bleue mongolique.

A 6 mois : 7.700 (2 mois d'avance). 1^{re} dent.

A 1 an : 12.400 (15 mois d'avance). Traitement thyroïdien.

A 14 mois : taille, 0 m. 838 (8 mois d'avance).

A 2 ans : 16.600 (27 mois d'avance). Taille : 0 m. 955
(1 an d'av. Périmètre thoracique : 0 m. 565 (3 ans d'av.).

A 3 ans : 18.250 (2 ans 1/2 d'avance). Taille : 1 m. 08
(2 ans d'avance).

A 4 ans : 19.900 (2 ans 1/2 d'avance). Taille : 1 m. 32
(2 ans 1/2 d'avance). La tache mongolique s'efface.

A 5 ans : 21.750 (3 ans d'avance). Taille : 1 m. 173
(27 mois d'avance). Périmètre thoracique : 0.60 (3 ans 1/2
d'avance). Intelligence précoce.

A 6 ans : 23.200 (27 mois d'avance). Taille : 1 m. 235
(2 ans d'avance).

A 7 ans : 25.700 (2 ans 1/2 d'avance). Taille : 1 m. 295
(2 ans d'avance). Très musicien, studieux.

A 8 ans : 27.900 (28 mois d'avance). Taille : 1 m. 34
(2 ans 1/2 d'avance).

A 10 ans : 34.700 (27 mois d'avance). Taille : 1 m. 46
(2 ans 1/2 d'avance).

A 11 ans : 37.700 (27 mois d'avance). Taille : 1 m. 514
(2 ans 1/2 d'avance). Périmètre thoracique : 0.70 (1 an d'av.).
Certificat d'études avant l'âge réglementaire.

A 12 ans 3 mois : 42 k. (1 an 1/2 d'avance). Taille :
1 m. 565 (1 an d'avance). Chaussé 41.

A 14 ans 1/2 : 57 k. (2 ans d'avance). Taille : 1 m. 72
(adulte). Périmètre thoracique : 0.82 (1 an d'avance).

OBSERVATION IV bis (Témoins)

B... Marie-Thérèse, 25 octobre 1908	B... Stéphane 4 mars 1914	B... Bernadette 29 novembre 1918
Poids inconnu : 3.250 ^g	Poids inconnu.	Moins de 3 k.
	A 24 jours : 3.270.	A 18 jours : 3.050.
	A 5 mois : 5.700.	A 6 mois : 5.420.
	A 18 mois : 10.600 (normal).	A 1 an : 9.290 (normal).
A 2 ans : 13.350 (26 mois d'avance).	A 2 ans : 12.400 (3 mois d'avance).	A 2 ans : 12.450 (9 mois d'avance).
A 4 ans : 17.750 (2 ans 1/2 d'avance).	A 4 ans : 16.660 (3 mois d'avance).	A 4 ans : 16.500 (9 mois d'avance).
	Taille : 1 m. 078 (1 an d'avance).	Taille : 1 m. 087 (18 mois d'avance).
A 7 ans : 23.900 (2 ans d'avance).	A 7 ans : 22 k. (7 mois d'avance).	A 7 ans : 21.800 (1 an d'avance).
	Taille : 1 m. 273 (2 ans d'avance).	Taille : 1 m. 242 (20 mois d'avance).
A 10 ans 1/2 : 34 k. (27 mois d'avance).	Décédé accidentellement.	A 10 ans : 28.100 (10 mois d'avance).
		Taille : 1 m. 39 (20 mois d'avance).
A 13 ans 1/2 : 53 k. (3 ans d'avance).		A eu à 9 ans tr. Basedowiens avec crises de larmes, pouls à 128. Mélancolie. Tics oculaires.
Taille : 1 m. 585 (2 ans d'avance).		A 14 ans : 42.260 (7 mois d'avance).
Réglée : ménorragies.		Taille : 1 m. 63 (2 ans 1/2 d'avance).
A 14 ans 3 mois : 57.250 (4 ans d'avance).		Réglée à 14 ans 1/2.
A 28 ans 1/2 : mère de R... Jean-Claude 22 décembre 1935		Ménorragies. A toujours été pâle, adénoïdienne. On a dû corriger une atrésie du maxillaire inférieur.
Poids banal ^g Cognacq.		Léger strabisme.
A 18 mois : 13 k. (1 an d'avance).		A 16 ans : 46.500 (9 mois de retard).
Taille : 0 m. 80 (7 mois d'avance).		Taille : 1 m. 66 (2 ans d'avance).
A 2 ans : 14.400 (1 an 1/2 d'avance).		
Taille : 0,877 (15 mois d'avance).		

OBSERVATION V

A... Christiane (4.771), née le 28 octobre 1926. 4.050 gr.
Père et mère de taille normale.

Frère aîné vu à 14 ans 9 mois : 55 k. 700 (1 an 1/2 d'avance). Taille : 1 m. 696 (2 ans 1/2 d'avance).

A 16 jours : 4.030. 1^{re} dent à $\frac{1}{4}$ mois 1/2, 2^e à 5 mois.

A 6 mois : 7.600.

A 13 mois : 9.600 (3 mois d'avance). 8 dents.

A 18 mois : 10.400 (3 mois d'avance). 13 dents.

A 2 ans : 13 k. (1 an d'avance). Suralimentation.

A 3 ans 2 mois : 13.600 (2 mois d'avance).

A 5 ans : 17.100 (normal). Taille : 1 m. 045 (3 mois d'avance).

A 7 ans : 20.300 (normal). Taille : 1 m. 162 (normale).

A 8 ans 1/2 : 21 k. (18 mois de retard). Taille : 1 m. 242 (3 mois d'avance). Poussées fébriles.

A 10 ans 10 mois : 28 k. (normal). Taille : 1 m. 38 (8 mois d'avance).

A 11 ans 5 mois : 30.350 (2 mois d'avance). Taille : 1 m. 413 (7 mois d'avance).

OBSERVATION VI

B... Jean (5.185), né le 23 mai 1927. 4.100 gr.

Père et mère de taille normale.

Sœur (voir observation suivante).

A 1 mois : 4.590. — 2 dents à 5 mois 1/2.

A 6 mois : 8.340 (4 mois d'avance).

A 3 ans 10 mois : 15.750 (normal).

A 5 ans 1/2 : 19.600 (9 mois d'avance).

OBSERVATION VII

B... Geneviève (6.802), née le 27 octobre 1930. 4.500 gr.

A 6 semaines : 5.320.

A 6 mois : 7.920 (4 mois d'avance). 1^{re} dent à 7 mois 1/2.

A 1 an : 9.630 (4 mois d'avance).

A 2 ans 1/2 : 11.800 (2 mois de retard). A eu coqueluche, pneumonie, otite.

OBSERVATION VIII

G... Pierre (5.809), né à le juillet 1928 à Grenoble. 4.000 gr. Placenta : 480.

Mère : a reçu pendant sa grossesse 20 injections de novarsénobenzol.

A 3 mois : 5.220.

A 6 mois : 6.700 (normal). 1^{re} dent à 8 mois 1/2.

A 13 mois : 8.800 (2 mois de retard).

A 18 mois : 10 k. (2 mois de retard).

A 23 mois : 11.320 (2 mois de retard).

OBSERVATION VIII bis (Témoin)

G... Madeleine, 12 fév. 1918

Poids?

A 9 ans : 27.650 (1 an 1/2 d'avance). Foyer de primo infect. tub. (Radio). Contact d'un oncle.

A 11 ans 2 mois : 38 k. (16 mois d'avance). A fait séjour en montagne. Taille : 1 m. 505 (3 ans d'avance).

A 12 ans : 42.450 (26 mois d'avance). Réglée. Migraines.

G... Paul, 10 décembre 1925

Poids?

A 13 mois : 10 k. (3 mois d'avance). Crises convulsives. Rayons U.V. Cessent après 3 mois.

A 3 ans : 14.500 (3 mois d'avance).

A 4 ans 1/2 : 16.500 (2 mois de retard).

OBSERVATION IX

G... Monique (7.518), née le 5 juillet 1930 (Pitié). 4.800 gr.

Père : taille moyenne.

Mère : 23 ans, taille moyenne. *Diabétique* depuis l'âge de 16 ans. A eu jusqu'à 125 gr. de sucre, acétone, traitement insulinique (Prof. Marcel Labbé).

Accouchement long (36 heures de travail). L'enfant a perdu du poids rapidement, a vomi jusqu'à 7 mois. Surveillée à l'Hôpital des Enfants-Malades. 1^{re} dent à 7 mois.

A 18 mois : 11 k. (6 mois d'avance). Strophulus.

A 2 ans : 12.300 (7 mois d'avance).

A 2 ans 1/2 : 12.750 (4 mois d'avance), après coqueluche.

A 3 ans : 14.400 (8 mois d'avance).

A 4 ans : 16.400 (9 mois d'avance), malgré colite, urticaire, etc... Taille : 1 m. 033 (6 mois d'avance).

A 5 ans 1/2 : 20.100 (18 mois d'avance). Taille : 1 m. 12 (8 mois d'avance).

A 6 ans 1/2 : 21.700 (17 mois d'avance). Taille : 1 m. 183 (8 mois d'avance).

A 7 ans 1/2 : 23.700 (1 an 1/2 d'avance). Taille : 1 m. 235 (1 an d'avance).

OBSERVATION X

B... Jean (2.227), né le 19 août 1931 (Pitié). 4.300 gr. Placenta 720.

Père : 1 m. 76. Corse. Garde républicain.

Mère : taille moyenne, 3 enfants dont les observations suivent.

A 15 jours : 3.920. Petites crises de tétanie faciale rapidement guéries par rayons ultra-violets et CaCl².

A 6 mois : 7.400.

A 18 mois : 12.200 (8 mois d'avance).

A 2 ans 8 mois : 15.100 (10 mois d'avance)..

A 4 ans 4 mois : 19.700 (2 ans d'avance).

A 6 ans : 22.400 (14 mois d'avance). Taille : 1 m. 177
(8 mois d'avance).

OBSERVATION XI

B... Louis (9.134), né le 30 juin 1935 (Pinard). 4.400 gr.
Placenta : 720.

Frère du précédent.

A 13 jours : 4.200. Pempfigus abdominal.

A 6 mois : 7.920 (3 mois d'avance).

A 1 an : 11 k. (8 mois d'avance).

A 2 ans : 14 k. (1 an d'avance). Taille : 0 m. 91 (6 mois
d'avance).

OBSERVATIONS X et XI (Témoin)

B... Sabine, 6 octobre 1929. Poids inconnu.

A 19 mois : 12.500 (8 mois d'avance).

A 2 ans : 14.200 (2 ans 1/2 d'avance). Taille : 0 m. 875
(4 mois d'avance).

A 4 ans 1/2 : 20.600 (3 ans d'avance).

A 7 ans 10 mois : 26.600 (28 mois d'avance). Taille :
1 m. 26 (26 mois d'avance).

OBSERVATION XII

B... Pierre (7.204), né le 11 juin 1931. 4.750 gr.

Père : 1 m. 74, mince.

Mère : taille moyenne. 3 enfants dont les observations
suivent.

A 6 semaines : 5.800.

A 6 mois : 8.930 (5 mois 1/2 d'av.). 2 dents à 6 mois 1/2.

A 1 an : 10.170 (5 mois 1/2 d'avance).

A 23 mois : 13.500 (10 mois d'avance).

A 3 ans 9 mois : 17 k. (9 mois d'avance). Taille : 1 m. 01
(3 mois d'avance).

A 5 ans : 18.800 (9 mois d'avance).

A 6 ans : 20.800 (11 mois d'avance).

A 6 ans 10 mois : 23 k. (10 mois d'avance). Taille : 1 m. 21
(6 mois d'avance).

OBSERVATION XIII

B... Jacques (9.102), né le 28 juin 1934. 4.500 gr.

Frère du précédent.

A 1 an : 9.500 (3 mois d'avance). 5 dents.

A 2 ans : 13.550 (9 mois d'avance). Taille : 0 m. 88
(3 mois d'avance).

A 3 ans 10 mois : 17.200 (1 an d'avance). Taille : 1 m. 042
(8 mois d'avance).

OBSERVATIONS. XII et XIII bis (Témoïn.)

B... Sylviane, née le 21 octobre 1929 (Bon Secours).
3.750 gr.

A 6 mois : 7.850 (3 mois d'avance).

A 1 an : 10.900 (10 mois d'avance).

A 18 mois : 12 k. (11 mois d'avance).

A 4 ans 1/2 : 17 k. (6 mois d'avance).

A 5 ans 4 mois : taille, 1 m. 147 (16 mois d'avance).

A 6 ans : 21 k. (1 an d'avance).

A 8 ans 4 mois : 25.800 (1 an 1/2 d'avance). Taille :
1 m. 31 (20 mois d'avance).

OBSERVATION XIV

M... André (7.666), né le 17 juin 1932 (à domicile, forceps).
4.750 gr.

A 37 jours : 5.400.

A 6 mois : 10.050 (1 an d'avance).

A 8 mois : 10.870. Allaitement au sein, suralimentation,
eczéma.

OBSERVATION XV

R... Etienne (8.018), né le 29 novembre 1932 (Boucicaut).
4.320 gr. Placenta : 720.
Père : taille ?
Mère italienne, 22 ans.
A 2 mois : 6.300 (4 mois d'avance). Allaitement au sein.
A 7 mois : 10.180 (11 mois d'avance).

OBSERVATION XVI

S... Jean (8.525), né le 22 juin 1933 (Baudelocque).
4.040 gr. Placenta : 700 (1/5,7).
La mère aurait eu des crises convulsives jusqu'à 18 mois.
Secondipare. Une gémellaire.
A 7 mois : 8.100, 5 dents, la 1^{re} à 4 mois.
A 11 mois : 10.200 (6 mois d'avance).
A 22 mois : 13.500 (11 mois d'avance), malgré scarlatine
puis érythème noueux.
A 3 ans : 15.350 (9 mois d'avance).
A 4 ans 1/2 aurait taille de 1 m. 05 (normale).

OBSERVATION XVI bis (Témoin)

S... Martial, né en 1926. Jumeau, pesant 2.920 gr.
La sœur jumelle décédée le premier jour.
A 6 mois : 6.850 (normal). Craniotabes. 1^{re} dent à
7 mois 1/2.
A 1 an : 9.550 (2 mois d'avance).
A 26 mois : 12.200 (2 mois d'avance).
A 8 ans : 27 k. (2 ans d'avance). Taille : 1 m. 275 (1 an
d'avance).
A 10 ans : 35.600 (2 ans 1/2 d'avance). Taille : 1 m. 385
(15 mois d'avance).
A 12 ans : aurait taille de 1 m. 45 (6 mois d'avance).

OBSERVATION XVII

S... Louis (8.246), né le 28 octobre 1933 (Baudelocque).
4.080 gr. Placenta : 770 (1/5,2).

Père né en 1906. Jumeau, pesant 2.600. Un peu arriéré.
N'a parlé qu'à 3 ans et a longtemps jargonné. B.W. négatif à
3 ans 1/2. A 18 ans ; poids, 53 k. 500; taille, 1 m. 635.

Mère anglaise. B. W. négatif. Taille moyenne. A eu
4 enfants dont observations suivent. Le dernier, né en mars
1938, pesait 3.360. Louis a reçu à Baudelocque 4 injections
de sulfarsénobenzol (pemphigus).

A 24 jours : 4.130. 10 injections de muthanol.

A 6 mois : 6.300. 2 dents à 5 mois 1/2. Après broncho-
pneumonie, eczéma très prurigineux respectant la face.

A 1 an : 8.380 (2 mois retard). 10 dents.

A 2 ans : 11.450 (1 mois retard). Rougeole, otite et mas-
toïdite.

A 3 ans : 14 k. (normal). Furoncles, impetigo.

A 4 ans : 15.800 (normal).

A 4 ans 3 mois : 16.350 (normal). Taille : 1 m. 03 (nor-
male). Périmètre thoracique : 0 m. 54 (normal).

OBSERVATION XVII bis (Témoins)

S... Pierre, né le 20 fév. 1932.
3.050 gr.

A 6 mois : 6.670. 2 dents à
5 mois.

A 1 an : 8.470 (2 mois retard).

A 2 ans : 11.650 (normal).

Taille : 0 m. 853 (normale).

A 3 ans : 13.500 (3 mois
retard). Taille : 0 m. 935
(3 mois retard).

A 6 ans : 18.300 (5 mois
retard). Taille : 1 m. 11
(5 mois retard).

S... Odette, né le 14 juin 1936.
3.850 gr. Placenta : 570.

A 6 mois : 7.250 (2 mois
d'avance). 1 dent.

A 1 an : 9.200 (2 mois d'av.).

Taille : 0 m. 733 (2 mois
d'avance).

A 18 mois : 10.400 (3 mois
d'avance).

OBSERVATION XVIII

F... Nicole, née le 14 mars 1934 (Pitié). 4.050 gr. Placenta : 590 gr.

Père : 1 m. 70, garde républicain.

Mère : 1 m. 68, Normande.

Une sœur aînée née en 1928 (poids inconnu) pesait à 6 ans 20 k. (6 mois d'avance) et à 8 ans 9 mois : 26.150 (15 mois d'avance).

A 6 semaines : 5.050. A eu ictère les premiers jours.

A 6 mois 1/2 : 8.910 (5 mois d'avance).

A 1 an : 11.070 (9 mois d'avance). 4 dents.

A 18 mois : 13.700 (15 mois d'avance).

A 2 ans : 14.600 (15 mois d'avance).

A 2 ans 1/2 : 15.500 (15 mois d'avance). Taille : 0 m. 98 (10 mois d'avance).

A 3 ans : 16 k. (1 an d'avance).

A 4 ans : 18.800 (2 ans d'avance). Taille : 1 m. 084 (1 an 1/2 d'avance).

OBSERVATION XIX

P... Marcel (8.644), né le 19 avril 1934 (Baudelocque). 4.460 gr. Placenta : 670 gr.

Père garde républicain.

Un frère né en 1932 pesait à 2 ans 11.800 (normal).

A 2 mois : 6.070 (7 mois d'avance).

A 6 mois : 8.950 (6 mois d'avance). Grosse tête. Frictions mercurielles.

A 10 mois : 11.320 (11 mois d'avance).

A 14 mois : 13 k. (16 mois d'avance).

OBSERVATION XX

R... Monique (8.739), née le 9 octobre 1934 chez sage-femme. 4.450 gr.

Père : 1 m. 75.

Mère : 1 m. 69. Grand-père : 1 m. 78.

A 18 jours : 4.150. Pemphigus abdominal.
A 6 mois : 7.700 (3 mois d'avance).
A 1 an : 9.500 (3 mois d'avance). 3 dents.
A 18 mois : 12.300 (1 an d'avance). 8 dents.
A 2 ans : 13 k. (1 an d'avance). Taille : 0 m. 92 (10 mois d'avance).
A 3 ans : 14.900 (1 an d'avance).
A 3 ans 1/2 : 16.400 (14 mois d'avance). Taille : 1 m. 02 (10 mois d'avance).

OBSERVATION XXI

D... Jean-Claude (9.037), né le 23 janvier 1935. 4.000 gr.
Père : 1 m. 70, 91 k.
Mère : tendance à l'obésité, 75 k. à 27 ans. 2 enfants dont les observations suivent.
A 27 jours : 4.100. Allaitement au sein.
A 6 mois : 7.500.
A 1 an : 9.700 (2 mois d'avance). 6 dents.
A 2 ans : 12.100 (normal).
A 3 ans : 14 k. (normal). Taille : 0 m. 91 (6 mois retard).

OBSERVATION XXI bis (Témoin)

D... Micheline, née en 1933. Poids³
A 2 mois : 5.900. All. au sein.
A 6 mois : 8 k. (3 mois d'avance).
A 1 an : 9.400 (2 mois d'avance).
A 2 ans : 12 k. (6 mois d'avance).
A 3 ans : 14.100 (6 mois d'avance).

OBSERVATION XXII

M... Gérard (9.539), né le 8 février 1935 à Nancy. 4.750 gr.
Père : B.W. positif.
Mère : B.W. 0. Cependant traitement pendant la gestation par Bivato!, Quinby et Novarsénobenzol.

Sœur née en 1925, pesait à 1 mois 3.800 à 2 ans 12 k. (6 mois d'avance). A 12 ans, 1 an 1/2 d'avance en taille et poids.

A 1 an : 8.900 (normal). 8 dents. Eczéma du visage traité à Nancy depuis l'âge de 3 mois 1/2 par sulfarsenobenzol.

A 26 mois : 14 k. (10 mois d'avance). Taille : 0 m. 892 (2 mois d'avance). L'eczéma persiste. Tendance à ichtyose.

OBSERVATION XXIII

B... Jacqueline (9.076), née le 20 mars 1935 (Ste-Félicité).
4.350 gr.

Père : 1 m. 72, 72 kg.

Mère : 1 m. 64, dyspeptique. Un oncle de 1 m. 79 (avait, à 3 ans, 9 mois d'avance en taille et poids.

A 1 mois : 4.250. 2 dents à 4 mois 1/2, la 3^e à 6 mois 1/2.

A 6 mois : 6.950.

A 1 an : 10.100 (7 mois d'avance). 8 dents.

A 2 ans : 14.800 (21 mois d'avance). Suralimentation.
Taille : 0 m. 90 (7 mois d'avance).

A 3 ans : 16.400 (21 mois d'avance). Taille : 0 m. 983 (9 mois d'avance).

OBSERVATION XXIV

H... Roland (568 E.), né le 16 juin 1935 (Baudelocque).
4.120 gr. Placenta : 690 (1/5,9).

Père tuberculeux?

Mère VI pare: B.W. négatif. Cependant a reçu traitement par Bivatol pendant la grossesse, à cause du décès des 3^e et 4^e enfants.

1^{er} enfant vivant.

2^e enfant pesait 33.500 à 13 ans (banal).

3^e et 4^e décédés de convulsions, respectivement à 15 jours et à 3 mois 1/2.

5^e pesait 15 k. à 5 ans 4 mois (16 mois de retard).

A 2 ans 9 mois : 12.500 (6 mois retard). Taille : 0 m. 917 (3 mois retard).

A été élevé en nourrice jusqu'à 2 ans. Troubles digestifs.
A eu de l'eczéma pendant 1 an.

OBSERVATION XXV

F... Jean-Marcel, né le 22 avril 1936 (Saint-Louis. 4.150 gr.
Placenta : 600.

Père : 1 m. 72. Garde républicain.

Mère : taille moyenne.

Frère né en 1933. Pesait, à 4 ans 1/2, 19.200 (9 mois d'avance). Taille : 1 m. 09 (3 mois d'avance).

A 15 jours : 4.200.

A 6 mois : 8.700 (4 mois d'avance).

A 9 mois : 10.500 (9 mois d'avance). 4 dents.

A 2 ans : 13.650 (9 mois d'avance). Taille : 0 m. 88 (9 mois d'avance).

OBSERVATION XXVI

C... Jean-Claude (9.657), né le 31 juillet 1936 (Maternité).
4.200 gr.

Père : 1 m. 68. Garde républicain.

Frère né en 1934, pesant 3.660 (strabisme).

A 5 semaines : 5.500.

A 20 mois : 12.800 (9 mois d'avance). Taille : 0 m. 81 (normale).

OBSERVATION XXVII

G... Jean-Jacques (9.668), né le 2 juillet 1936 (Baude-
locque). 4.030 gr. Placenta : 750 (1/5,3).

Père : taille normale.

Mère : B.W. négatif à 1 an. Préventorium à 9 ans.
A 20 ans : 50 k. Taille : 1 m. 55.

A 2 mois 1/2 : 6.350 (3 mois 1/2 d'avance). Hydrocèle
double.

OBSERVATION XXVIII

S... Jean-Pierre (82 E), né le 6 avril 1937 (Saint-Louis).
4.200 gr. Placenta : 700.

Père : 1 m. 70. Polonais.

Mère : taille moyenne. Grand-père : 1 m. 80.

Frère de 11 ans 1/2. Pas de renseignements.

A 3 semaines : 5 k. Ictère. All. au sein.

A 3 mois : 8.100 (6 mois d'avance).

A 10 mois : 12 k. (15 mois d'avance). Taille : 0 m. 78
(6 mois d'avance). La fontanelle est presque fermée. Pas de
dent.

CONCLUSIONS

1. La naissance d'un enfant de quatre kilos et plus, pour n'être pas d'observation rare, présente un intérêt étiologique et pronostique qui a surtout retenu l'attention des accoucheurs.

2. Comme contribution à l'étude de cette question, nous apportons les observations de 28 gros nouveau-nés suivis plus ou moins longtemps, quelques-uns jusqu'à 15 ans, dans un Dispensaire d'enfants.

3. 12 enfants dont l'observation n'a pas été prolongée au delà de trois ans étaient restés, à l'exception de 3 (75 %) de gros nourrissons, de gros enfants.

De 16 enfants observés plus ou moins longtemps entre trois et quinze ans, 9 (soit 56 %) avaient un an

ou deux d'avance, généralement en poids et en taille. Parmi eux figuraient, aussi bien que quelques enfants dont le père était grand et fort, l'enfant d'une diabétique et celui d'une syphilitique contaminée deux ans et demi avant l'accouchement (B.W. négativé). Un gros nouveau-né a donc de sérieuses chances d'être un adolescent gros et grand.

4. L'étude de ces enfants dans le cadre familial, en comparaison avec les collatéraux, renforce cette première conclusion. Même quand les collatéraux ont un poids de naissance discordant, on retrouve presque toujours chez eux comme chez le gros nouveau-né, (soit une croissance également en avance, soit également banale. En d'autres termes, ou bien le gros poids de naissance témoigne d'un caractère familial de précocité et de grande taille, ou bien, plus rarement, il a été un fait isolé, sans conséquence pour la croissance.

5. Ce caractère de précocité nous paraît contresigné par une éruption dentaire précoce. Dans 5 cas (17,8 %) ces gros nouveau-nés avaient eu leur première dent entre quatre et six mois. C'est là un fait bien plus rare chez les enfants de poids de naissance moyen.

6. De même nous avons observé avec une fréquence spéciale, des troubles dysendocriniens chez

ces gros nouveau-nés et aussi chez leurs collatéraux (syndrome adiposo-génital temporaire, acromégalie de puberté, léger Basedow, crises tétaniques de la petite enfance, gros thymus, dysménorrhée). Il nous paraît probable qu'une action endocrinienne était à l'origine de leur poids de naissance et de leur évolution ultérieure. Au trouble endocrinien nous rattachons le diabète maternel, cause classique qui n'a pas eu sur le seul enfant de cette catégorie que nous avons observé, une influence bien défavorable.

7. La syphilis, cause classique également, était avérée dans deux de nos observations (7,5 %), soupçonnée dans quatre autres, avec des présomptions si légères qu'on pourrait l'incriminer dans la même proportion, ou presque, chez des enfants quelconques. Notre statistique est d'ailleurs trop faible pour être concluante à cet égard. Elle comporte toutefois l'observation d'une mère qui contracta la syphilis après avoir mis au monde un gros nouveau-né. En admettant que 6 de nos observations concernent des hérédo-syphilitiques, il est à noter que dans 4 le poids était devenu normal ou inférieur, après un temps plus ou moins long.

8. On serait ainsi tenté d'opposer le gros nouveau-né pathologique au gros nouveau-né physiologique. Mais — à côté de quelques observations où le caractère familial de précocité et de croissance exa-

gérée, dans une famille apparemment saine, ne pouvait être rattaché qu'à un facteur héréditaire indéterminé, parfois capricieux — nous avons noté plus souvent quelques tares familiales (épilepsie, arriération infantile, etc.) qui font soupçonner une influence pathologique lointaine. C'est pourquoi nous dirons finalement que tout ce qui s'écarte du type normal est suspect et que la méfiance de Pinard à l'égard des gros nouveau-nés était assez justifiée.

Vu : le Doyen,
TIFFENEAU

Vu : le Président de la thèse,
COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
C. ROUSSY.

TABLE DES MATIERES

I. Historique.	7
II. Notre dossier	12
III. La croissance des gros nouveau-nés.	17
IV. Croissance comparée des collatéraux des gros nouveau-nés.	21
V. Anomalies et troubles observés	29
Troubles endocriniens chez les gros nou- veau-nés.	30
Troubles endocriniens chez les collaté- raux.	31
Troubles endocriniens chez la mère.	32
VI. Hérédosyphilis et gros nouveau-nés	33
VII. Le gros nouveau-né dans son cadre familial.	37
Pièces justificatives	40
Conclusions.	60

